ESSAI

SUR LA

PATHOLOGIE DES REINS MOBILES



ESSAI

SUR LA

PATHOLOGIE DES REINS MOBILES

PAR

F.-T.-L. DEFONTAINE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.



PARIS

LIBRAIRIE ADRIEN DELAHAYE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1874

ESSAI

SUR LA

PATHOLOGIE DES REINS MOBILES

HISTORIQUE.

L'affection qui fait le sujet de cette étude, connue sous le nom de reins flottants, reins mobiles ou luxation des reins, paraît avoir pendant bien longtemps échappé à l'observation des médecins; car Mésué, le premier, fait mention de cette maladie et encore les quelques lignes qu'il y consacre sont-elles peu précises. « Dislocatio accidit quandoque in renibus et vesica « plurimum et est ut a proprio removeatur loco et de- « clinet ad dextrum vel sinistrum, inferius tendit « magis... » (1).

Ce n'est que plus d'un siècle après que Riolan nous donne en quelques lignes une idée nette et précise de cette affection, tout en exagérant outre mesure ses dangers et ses conséquences. « Encore que les reins semblent fortement collés aux lombes, ils ne laissent

(1) Mésué. Opera omnia. Venetiis, 1561, in-folio, p. 228. De dislocatione renum et vesicæ, cap. 3.

pas pourtant de pouvoir quitter leur place, d'ètre démis, de tomber en avant, quelquefois même ils tombent jusqu'au bas-ventre, ce qui ne peut se faire sans qu'on soit en danger de la vie, ce qui est véritable qu'il n'en faut douter aucunement. La cause en vient de ce que la graisse dont ils sont enveloppés se fond, mais aussi de ce que, étant devenus trop grands et trop lourds, soit par une tumeur qui y soit engendrée, soit par une pierre qui est enfermée dedans leur bassinet, ils sont portés par leur poids, leurs attaches n'étant pas assez fortes pour les retenir en leur place, d'où il arrive que après avoir demeuré quelque temps dans le lieu où ils sont tombés, ils se pourrissent et deviennent pleins d'abcès » (1).

Enfin, il faut arriver jusqu'à Rayer (*Maladies des reins*, t. III, page 783), pour trouver une esquisse complète, où les principaux traits de la maladie sont tracés avec autant d'assurance que de précision, quoique le savant maître n'eût alors sous la main qu'un nombre très-restreint d'observations.

Fritz en 1859, *Archives générales de médecine*, et Becquet en 1865, mêmes Archives, apportèrent leur tribut d'observations nouvelles et d'aperçus nouveaux. Puis ce même sujet fut pour M. Gueneau de Mussy (*Union médicale*, 1867), et pour Trousseau (*Cliniques de l'Hôtel-Dieu*), l'occasion de plusieurs leçons remarquables.

Enfin plus récemment, un auteur anglais, Williams Roberts, dans un ouvrage sur les maladies des reins, a publié quelques observations nouvelles que j'ai cru utile de reproduire, au moins en partie. Je citerai éga-

(1) Riolan. Manuel de pathologie, in-12. Lyon, 1682.

lement parmi les auteurs allemands qui se sont occupés de la question; Oppolzer, Henoch, Ferber... et plusieurs autres dont les sources seront indiquées dans l'index bibliographique placé à la fin de cette étude.

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Avant d'entrer dans la question, quelques considérations anatomiques sur la situation des reins, de leur rapports, et de leurs moyens de fixité, trouveront ici leur place.

Les reins sont couchés le long de la colonne vertébrale au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première vertèbre lombaire. Ils reposent dans une atmosphère de tissus cellulaire d'où ils sont faciles a énucléer lorsque l'on a incisé la partie du péritoine qui passe au devant d'eux. Ils répondent au dernier espace intercostal, et débordent presque toujours la dernière côte de un ou deux travers de doigt.

Le rein droit est situé un peu plus bas que le rein gauche, à cause de la présence du foie qui le repousse dans l'hypochondre droit et qui le plus souvent porte à la face inférieure une empreinte ou fossette plus ou moins profonde correspondant à l'extrémité supérieure du rein droit et de sa capsule surrénale.

Ils sont situés plus en dehors que les insertions supérieures des muscles psoas avec lesquels ils sont en rapport par leur bord interne. Par leur face postérieure, ils reposent en haut sur le diaphragme qui les sépare des dernières côtes et sur le carré des lombes dont ils dépassent souvent le bord externe. Ils répondent aussi au côté externe de la masse sacro-lombaire; enfin leur face antérieure est en rapport, pour le rein droit avec

le péritoine, le côlon lombaire et la seconde portion du duodénum; pour le rein gauche, avec la rate et la grosse tubérosité de l'estomac.

Toutefois, il ne faudrait pas compter sur ces rapports d'une façon absolue, car la fixité des reins n'est pas telle que l'on n'ait observé assez souvent leur déplacement. Tantôt on les a rencontrés dans la fosse iliaque, d'autres fois ils étaient remontés du côté de la poitrine ou couchés en travers sur la colonne vertébrale, quelquefois même, descendus dans le petit bassin. « Je trouve dans mes notes plusieurs de ces anomalies, et j'y lis que les vaisseaux qui pénètrent la scissure du rein et forment son pédicule, sont tellement allongés, que cet organe flotte et peut se porter dans tous les points de la cavité abdominale » (1).

Comme on le voit, il ne faudrait pas s'arrêter à l'opinion de quelques anatomistes, qui les uns après les autres ont prêté aux reins une grande fixité dans leur position, et l'on comprend aisément qu'une diminution dans la quantité de tissus cellulaires qui les entoure, en même temps qu'un relâchement des parois abdominales, doit singulièrement affaiblir leurs moyens de fixité et favoriser leur déplacement sous l'influence des causes les plus variables.

Le péritoine, alors, paraît être la seule barrière qui s'oppose à leur mobilité. Aussi, lorsque cette résistance vient à être vaincue, les mouvements de la glande ne sont plus limités que par le pédicule vasculaire autour duquel ils peuvent exécuter des évolutions limitées seulement par la longueur de ce pédicule. On com-

(1) Richet. Anat. prat. médico-chirurgicale, 3e édit., p. 664.

prend alors et c'est ce que nous montre la grande majorité des observations recueillies, que le rein soit entraîné par son poids et qu'on les trouve souvent dans la fosse iliaque et aux environs de l'ombilic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les autopsies sur lesquelles on peut baser l'histoire anatomique de cette lésion sont très-rares, et les enseignements que l'on a pu en tirer sont eux-mêmes peu nombreux et sans importance bien marquée.

Dans la plupart des cas, le rein déplacé est augmenté de volume, circonstance que l'on peut souvent vérifier sur le vivant à travers les parois de l'abdomen. La surface de la glande est lisse, ferme et polie à moins qu'elle ne renferme quelque concrétion morbide, ou qu'elle ne soit atteinte d'une maladie propre. Elle est presque toujours renversée de telle façon que son extrémité supérieure regarde en dehors et en haut, son bord externe en bas et en dehors, son bord concave qui porte le hile regardant en haut et un peu en dedans. Souvent aussi le péritoine distendu forme à la glande un mésentère anormal qui l'enveloppe de toute part et la tient suspendue.

Dans cette position, le rein est très-mobile et reste flottant dans l'abdomen, jusqu'à ce qu'une péritonite partielle vienne le fixer à un organe voisin. Jusque-là, il fuira sous la moindre pression, on peut lui faire parcourir avec la main une série de positions différentes, et même le changement d'attitude du malade suffit pour le déplacer; dans le décubitus dorsal on le trouve souvent sous la paroi abdominale au voisinage de l'ombi-

lic, tandis que dans la station, il descend volontiers vers la fosse iliaque. D'autres fois, il peut par sa position anormale devenir la cause de certains accidents, de circulation notamment, en agissant comme corps étranger, en jouant le rôle de compresseur. Dans une autopsie pratiquée par Girard (1), le rein droit déplacé était tenu fortement appliqué sur la veine cave inférieure par le côlon rempli de gaz, la veine présentait à ce niveau un sillon considérable et au-dessous un renflement qui doublait presque son calibre. Cette compression avait déterminé un œdème considérable du membre abdominal correspondant.

Nous avons déjà fait entrevoir que cette maladie est moins rare qu'on ne le pense généralement, cependant Fritz, dans son Mémoire de 1859 sur cette question, paraît avoir rassemblé la totalité des observations qui existaient dans la science à cette époque, et malgré de sérieuses et patientes recherches il n'a pu compter que trente-cinq cas. Cela prouve-t-il la rareté du fait? Nous ne le pensons pas ; car depuis que l'attention des médecins a été attirée sur ce point, le nombre des observations s'est accru considérablement et il devient de plus en plus évident que beaucoup de cas passent inaperçus, soit parce que les désordres qui pourraient mettre sur la voie sont peu importants, soit plutôt parce que les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

Frappé de cette idée, sans doute, Rollet (2) s'étant

(1) Girard. Gazette hebdom., n° 53, p. 445.

(2) Rollet. Path. und Therap. beweglichen niere Erlangen, 1866. Dans la dernière édition des Cliniques de Trousseau, par M. Peter, cette statistique est attribuée à un nommé Walther, dont il nous a été impossible de retrouver les traces dans aucun auteur.

livré à des recherches assidues sur un grand nombre de sujets qui fréquentaient pour d'autres causes la clinique d'Oppolzer de Dresde, trouva sur 5.500 malades, 22 personnes atteintes de cette infirmité et qui jamais ne s'en étaient aperçues.

Tous les auteurs ont remarqué que les femmes sont bien plus exposées que les hommes, à cette affection. Sur les trente-cinq cas de Fritz, cinq seulement concernent des hommes, les trente autres concernent des femmes. De plus, le rein droit est plus souvent mobile que le gauche dans une proportion qui a été aussi remarquée par tous les observateurs. Ainsi, sur ces trente cas ou le côté affecté est indiqué, il sagit des :

Rein droit seul	19 fois.
Reins droit et gauche.	7 fois.
Rein gauche seul.	4 fois.

Et même sur les 7 cas de mobilité double il se trouva 5 fois que le rein droit était plus mobile que le gauche.

Depuis, cette statistique a été refaite plusieurs fois sans que les résultats fussent sensiblement modifiés. Williams Roberts, ayant rassemblé tous les cas authentiques qu'il a pu trouver, est arrivé également à la même conclusion. Sur 70 cas, il a compté :

61 hommes.
9 femmes.

Dans soixante-cinq cas le côté du rein déplacé est indiqué :

Le rein droit seul est déplacé	42 fois.
Le rein gauche seul,	9 fois.
Les deux reins à la fois,	14 fois.

Ainsi donc il est désormais hors de doute que les femmes sont de beaucoup les plus exposées à cette maladie et que le côté droit est aussi d'une façon très-remarquable prédisposé à subir ce déplacement de préférence au côté gauche.

La cause, selon nous, qui détermine cette énorme disproportion en faveur du sexe masculin ne peut être que le relâchement des parois abdominales par les grossesses répétées ; le refoulement de la glande, opéré par le foie comprimé et refoulé lui-même par un corset ou des vêtements trop serrés; enfin les phénomènes multiples de la vie utérine ; les congestions de la matrice qui ont un si grand retentissement sur les fonctions organiques et se propagent si facilement aux organes voisins, surtout chez les hystériques, car l'hystérie a été notée dans un grand nombre d'observations. Enfin ce qui donne un certain poids à cette opinion, c'est cette remarque que Becquet avait déjà faite que toutes les observations nous sont fournies par des femmes dont les fonctions utérines sont en pleine activité (18 à 50 ans).

Voici une observation de Becquet, en faveur de cette opinion. Je ne la rapporterai pas en entier à cause de sa longueur, mais je tâcherai d'être aussi complet que possible en mon résumé.

Obs. I. — Congestions répétées du rein droit. Déplacement du rein. Adhérence à la face inférieure du foie. Fixité du rein dans ses nouveaux rapports.

Je fus consulté, en 1859, par une dame de 28 ans, mère de deux enfants; cette dame chloro-anémique se plaignait de douleurs dans la région lombaire et le ventre du côté droit; ces douleurs n'étaient pas constantes et se montraient plus particulièrement à l'époque des règles ou à l'occasion de fatigues. Il

y avait des crises qui la forçaient à s'aliter et disparaissaient promptement par le repos.

Diagnostic. Névralgie de quelques branches du plexus lombo-abdominal. Frictions calmantes, régime tonique.

Les crises revenant toujours, elle me dit un jour avoir senti avec la main une tumeur dans son ventre vers le milieu du côlon ascendant. Le lendemain, à l'examen de l'abdomen, à la suite d'une crise très-pénible, je cherchai en vain la tumeur et je persistai dans mon diagnostic de névralgie. Un soir, appelé pendant une crise violente avec vomissements, je distinguai, sous la paroi abdominale, une tumeur allongée qui la soulevait. Sa surface était lisse, sa consistance ferme et extrêmement sensible au toucher... Pendant que j'examinais la tumeur avec soin, la malade me prévint que ses règles venaient de paraître et qu'elle était déjà soulagée ; peu de temps après les douleurs cessèrent complètement... La tumeur n'était autre que le rein qui le lendemain avait presque regagné sa place.

Je cessai pendant deux ans de voir la malade et je fus mandé de nouveau. Le mal avait fait des progrès, la tumeur avait pris un développement considérable elle occupait la région sous hépatique et semblait se confondre avec le foie. A un examen non prévenu on croirait qu'il s'agit de l'hypertrophie du foie.

Il est possible cependant de reconnaître qu'il existe un intervalle entre le bord supérieur de la tumeur et le rebord des fausses côtes. Non-seulement cette tumeur qui est le rein droit ne se déplace plus spontanément, mais on n'obtient qu'un léger déplacement latéral. Il est évident qu'il a été fixé là au foie ou à la vésicule biliaire par une péritonite partielle.

Dans ces nouvelles conditions, la malade n'est pas à l'abri des poussées congestives qui se dissipent d'ailleurs par le repos.

Dans cette observation, ajoute l'auteur, le rapport entre la congestion des reins et le plexus cataménial est de toute évidence. Il signale également la même coïncidence dans deux autres cas, mais les circonstances sont moins nettes et présentent une valeur moindre que ci-dessus.

Voici maintenant une observation du même genre que j'ai receuillie en 1866 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, service de M. Grisolle.

Obs. II. — Rein droit mobile chez une phthisique. Crises correspondantes aux périodes menstruelles.

La nommée R... (Françoise), âgée de 28 ans, domestique, est admise, le 26 novembre 1866, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, nº 21, dans le service de M. le professeur Grisolle suppléé par M. A. Fournier. Cette femme est née d'une mère tuberculeuse, quant à son père il mourut dans un âge avancé. Quoique d'une constitution délicate, elle s'est bien portée jusqu'à l'âge de 24 ans. A cette époque elle eut, dit-elle, une fluxion de poitrine et depuis lors elle a été sujette aux rhumes; ses règles devinrent en outre très-irrégulières et parfois avaient lieu deux fois par mois.

Elle n'a pas eu d'enfants ni fait de fausses couches.

Il y a un an elle fut prise d'une forte diarrhée accompagnée d'épistaxis abondantes et de douleurs lombaires; en même temps elle eut des coliques très-vives qui durèrent environ une semaine.

C'est à ce moment qu'elle s'aperçut pour la première fois qu'elle avait une grosseur dans le flanc droit. Cette grosseur, dit-elle, qui était plus apparente au moment des règles, disparaissait avec elles et était la seule cause de ses souffrances.

Au mois d'avril et de mai dernier, elle eut des hémoptysies assez abondantes, elle rendait jusqu'à un demi-verre de sang chaque fois.

Enfin, il y a trois mois, les coliques se sont reproduites bien plus douloureuses que les premières, mais elles n'ont duré que vingt-quatre heures. Depuis cette époque la malade a maigri, ses forces l'ont abandonnée. C'est alors qu'elle est entrée à l'hôpital.

A l'examen de la poitrine on constate au sommet du poumon droit tous les signes non équivoques d'une tuberculose déjà avancée; retentissement de la toux, expiration prolongée et soufflante, légers craquements secs.

Dans le flanc droit on trouve une tumeur oblongue, à extrémités arrondies, à peine douloureuse à la pression dans l'intervalle des règles, mais très-sensible au contraire au moment de l'écoulement menstruel. La malade éprouve des douleurs dans le flanc pendant la marche et ne peut supporter de vêtements serrés à cet endroit.

Le médecin qui la vit lors de la première apparition de coliques porta le diagnostic : rein mobile, et lui fit mettre un bandeau de corps qui la soulagea beaucoup.

Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal du côté de l'utérus et de ses annexes.

Quelques jours après son entrée dans le service la malade, ayant eu une contestation avec une infirmière, voulut retourner chez elle.

Je dois l'observation suivante à l'obligeance de M. le Dr Ollivier qui a bien voulu me la communiquer.

Obs. III. — Déplacement du rein droit survenu à la suite de quintes de toux, chez une femme atteinte de phthisie pulmonaire.

En 1864, je fut appelé à donner des soins à madame L..., âgée de 38 ans, atteinte de phthisie pulmonaire à marche chronique. Pendant dix-huit mois la lésion resta limitée au sommet du poumon droit et n'amena pas de troubles profonds dans l'état général de la malade; mais après ce laps de temps le sommet gauche se prit à son tour et bientôt apparurent des troubles digestifs, des sueurs nocturnes, de la fièvre et de l'amaigrissement.

La toux qui jusque-là avait été modérée, devint presque incessante, et un jour qu'elle avait été très-forte, la malade ressentit une douleur vive dans le flanc droit. Appelé à ce moment je constatai l'existence d'une tumeur ovoïde, dure, mobile que je n'avais pas trouvée lors d'examens antérieurs. La douleur cessa après l'application de quelques cataplasmes laudanisés et un peu de repos au lit.

Au bout de huit jours, je fis une nouvelle exploration et, à mon grand étonnement, il me fut impossible de retrouver aucune trace de la tumeur.

Un mois après, sous l'influence de la même cause, elle reparut avec les mêmes caractères, sauf la douleur qui était moins intense; puis la tumeur disparut encore une fois.

Pour moi il n'était plus douteux qu'il ne s'agisse là d'un rein mobile.

Cet organe après plusieurs déplacements finit par contracter des adhérences et conserva sa position anormale.

La malade succomba un an après aux progrès de la maladie.

Cette observation, rapprochée de plusieurs autres que l'on trouve dans Becquet, Rayer, etc., nous montre le rein, au début de la maladie, chassé brusquement de sa loge par une cause variable, devenant l'origine d'accidents sans gravité, mais néanmoins fort douloureux ; puis nous voyons après un peu de repos et un traitement fort simple, la congestion disparaître avec la douleur et le rein rentrer à sa place habituelle pour un laps de temps plus ou moins long : généralement quelques mois, rarement quelques années ; l'intervalle le plus long qui ait été observé entre deux crises a été de six ans (clinique d'Oppolzer).

Enfin, il arrive souvent que le rein après avoir provoqué une série de crises, finit par amener une péritonite partielle et se fixer aux organes avec lesquels il se trouve en rapport ; le plus souvent il se fixe à la face inférieure du foie et garde ensuite pour toujours cette position anormale qui l'a fait plus d'une fois confondre avec un calcul de la vésicule biliaire.

L'amaigrissement rapide que l'on observe chez les phthisiques, joint aux efforts de la toux, ne paraît pas étranger à la production du déplacement dans les deux cas qui précèdent ; dans le même ordre d'idées, sans doute, Fritz dans son mémoire a cité la chloro-anémie comme cause prédisposante d'une grande importance.

Avant de passer outre, il est bon de noter que les troubles digestifs et intestinaux observés dans les cas précédents, peuvent ne pas tenir essentiellement à la tuberculisation, car ils ont été notés dans bon nombre d'observations, et M. Gueneau de Mussy, dans les leçons

qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu, attribue volontiers ces troubles fonctionnels aux tiraillements que le rein mobile exerce sur les nerfs et aux chocs qu'il fait éprouver aux organes qu'il heurte; surtout, dit-il, chez les hystériques chez lesquelles l'excitation utérine se dévie avec tant de facilité.

Voici maintenant quelques observations que j'ai traduites du livre de sir Williams Roberts récemment publié à Londres sur les maladies des reins. Elles mettent les faits qui précèdent en pleine lumière et nous montrent que si la congestion utérine se transmettant aux reins, peut être cause de leur déplacement, il est possible encore qu'elle ne fasse que déterminer ces accidents congestifs sur des reins déjà déplacés.

Obs. IV. — Le 19 février 1867, j'ai vu au Crumpsall Workhouse, avec le Dr Simpson, une femme nommée E. Canning, agée de 31 ans, atteinte de phthisie chronique. Elle avait deux enfants dont le plus jeune était âgé de deux ans; elle n'avait jamais reçu de coup ni fait de chute, la menstruation s'accomplissait régulièrement et sans douleurs.

Trois semaines avant notre visite elle avait découvert dans son flanc droit, à la suite d'une diarrhée, une tumeur, pour laquelle elle demanda l'avis du Dr Clarke, médecin résident de l'endroit. Elle n'avait jamais été forte, mais elle était alors considérablement amaigrie. Le rein droit était très-mobile. Lorsque la malade était couchée sur le dos, cette tumeur occupait une position indiquée par la ligne tracée sur la fig. 1.

Cette tumeur élastique, polie au toucher, était évidemment l'extrémité inférieure du rein droit. En pressant avec le pouce, on pouvait l'amener en avant, suffisamment pour la saisir en partie, la repousser en arrière et lui faire parcourir le cercle indiqué par la ligne A. Au toucher, elle semblait oblongue, à extrémités lisses et arrondies.

Le rein gauche aussi était légèrement mobile. Il ne venait pas apparaître aux environs de l'ombilic; mais, lorsque la malade

était debout, on touchait son extrémité inférieure dans le flanc plus bas d'un pouce que sa position normale, et on pouvait le repousser en haut jusque sous les côtes.

Fig. 1.

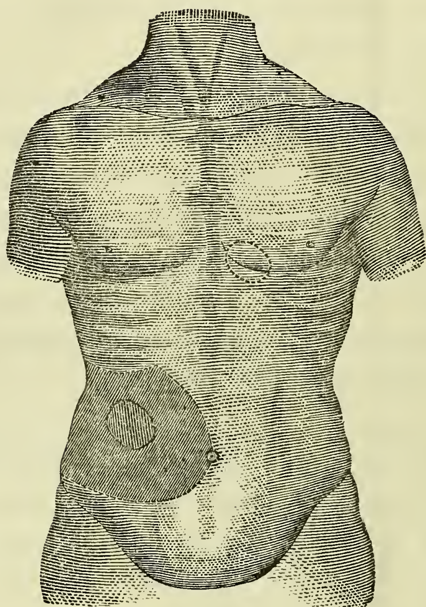


Diagramme montrant l'espace dans lequel se meut le rein droit dans le cas de E. Canning.

La malade ne souffrait nullement de l'état de ses reins, mais, comme elle était continuellement dans son lit, elle était par cela même peu sujette aux accidents. Deux mois après elle mourut, et j'examinai moi-même le corps en présence des Drs Clarcke et Simpson.

Le cas était une tuberculisation ordinaire. Les reins furent trouvés parfaitement sains; le droit libre dans l'abdomen projeté un pouce et demi au-dessous du foie. Ses vaisseaux et l'uretère étaient ses seules attaches.

Il était net de toute graisse, mais l'émaciation générale était telle que cela n'a rien d'étonnant. Pas d'anomalie du péritoine ni des vaisseaux. Le rein gauche était, dans sa position normale, un pouce plus bas. Les artères et les veines du côté droit étaient d'un demi-pouce plus longues qu'à gauche.

Obs. V. — Mobilité des deux reins. Prédominance de la mobilité à droite.

Mrs D..., âgée de 36 ans, mère de plusieurs enfants, avait reçu pendant plusieurs années les soins de Hare, pour anémie et aménorrhée; mais elle était très-bien guérie lorsque plus tard elle fut atteinte de gastrodynie avec grande faiblesse et langueur. Sensation de pesanteur et d'épreinte à l'épigastre.

Fig. 2.

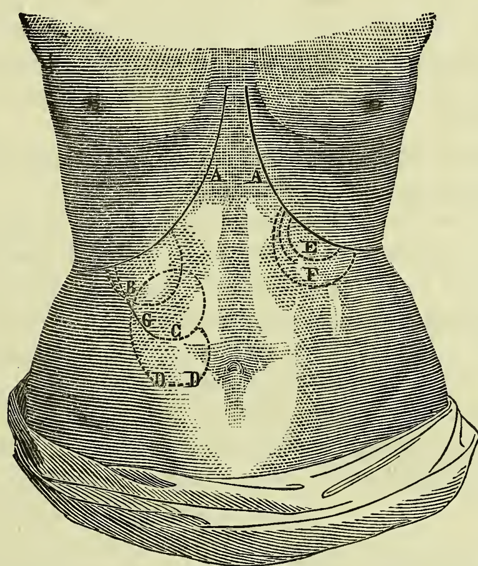


Diagramme montrant les différentes positions des reins dans le cas de mrs D. AA. bords des cartilages costaux. — B. rein droit, position ordinaire dans le décubitus dorsal. — CC. id. dans l'inspiration profonde. — DD. id. positions qu'il peut occuper. — E. F. rein gauche et changements de position.

Au printemps 1852, le Dr Hare la soigna d'une légère bronchite, elle allait mieux, lorsqu'elle se plaignit d'une sensation de battements vers le milieu de l'abdomen; à la partie supérieure de chaque côté elle sentait aussi comme deux tumeurs qui sous la pression des doigts fuyaient sous les côtes.

Elle avait éprouvé pendant plusieurs années un sentiment de gêne à l'épigastre; mais c'était seulement il y a douze mois qu'elle avait trouvé une tumeur en appliquant sa main sur le côté droit de l'abdomen, et quatre semaines après qu'elle en avait trouvé une autre du côté gauche. Les pulsations aortiques avaient été très-incommodes pendant plus de cinq semaines.

En faisant l'examen de l'abdomen dont les parois étaient plutôt maigres que grasses, dont le diamètre antéro-postérieur étaient court et les parois flasques, on trouvait que le battement aortique, net et fort, s'étendait depuis la partie supérieure de l'épigastre jusqu'à un pouce au-dessous de l'ombilic. Le rein gauche, situé plus bas que d'habitude, fuyait facilement sous le doigt, se réfugiant profondément dans l'hypochondre lorsque l'on appuyait dessus, tandis que de l'autre main, on pouvait le pousser à une certaine distance en bas. Le rein droit présentait le même phénomène si ce n'est qu'il était plus mobile, facile à déplacer en bas assez loin pour que l'on pût le pousser en entier à une certaine distance au-dessous des cartilages costaux. On en appréciait facilement la forme à cause du peu d'épaisseur des parois abdominales.

On appliqua un emplâtre belladoné et l'on donna à l'intérieur des toniques et du sesquichlorure de fer.

La malade fut revue quelques temps après par le Dr Hare et de nouveau tout récemment. Elle était entrée pour une douleur de reins et depuis peu se sentait encore affaiblie. Elle avait eu des pulsations des deux côtés de l'abdomen et une sensation de tiraillement des reins, de sorte que la douleur était revenue quoique moins forte que quelques années auparavant.

A l'examen de l'abdomen, la mobilité des reins (surtout du côté gauche) paraît moindre qu'autrefois quoique celle du rein droit soit encore très-notable (Hare, *Medic. Times and Gazet.*, 1858, p. 86).

Obs. VI. — Le 22 juillet 1869, j'étais appelé à voir avec mon collègue le Dr Morgan, Mrs P..., dame mariée, âgée de 27 ans, maigre, anémique, mais pourtant fort alerte. Elle a eu six enfants en un peu moins de 7 ans; avant son mariage elle était fraîche et pleine d'embonpoint. Pendant quelques années elle a souffert de leucorrhée et d'une dyspepsie passagère; enfin elle avait vécu à peu près en bonne santé jusqu'à Noël 1867. A cette époque elle fut prise tout d'un coup d'un violent frisson, de vomissements, de douleurs intenses dans la région des lombes qui la forcèrent de garder le lit. Cette crise dura quarante-huit heures et enfin céda à la morphine, et aux fomentations calmantes. Depuis cette époque (Noël 1867) jusqu'à la date de ma visite (juillet 1869), Mrs P... fut sujette à la fréquente répétition des

mêmes accidents avec des intervalles de repos plus ou moins longs. A une certaine époque, pendant plusieurs mois de suite les attaques revinrent toutes les quinzaines, un exercice inhabitué ou la moindre excitation provoquait la crise. Environ un mois avant que je la visse, la malade était allée prendre des bains à Buxton. C'est alors qu'elle fut atteinte d'une de ces anciennes crises mais plus forte que toutes celles qu'elle eût eues jusqu'alors. Cette crise dura toute une semaine, et un matin la malade découvrit une bosse ou tumeur sur laquelle elle appela l'attention de M. Skipton qui lui donnait ses soins.

Lorsque j'examinai cette tumeur, elle était beaucoup plus petite et moins douloureuse, elle faisait saillie à environ deux pouces au-dessous du foie, elle adhérait évidemment aux parties environnantes et n'était mobile que dans une espace très-limité.

Cette tumeur, lisse, à contours arrondis, ressemblait par le volume et la forme à l'extrémité inférieure du rein, on ne pouvait la repousser en arrière dans le flanc.

La place du rein droit était flasque et vide en comparaison de celle du rein gauche.

Il n'était pas douteux que cette tumeur fût le rein droit déplacé, lequel, lorsque M. Skipton le trouva d'abord, était congestionné et augmenté de volume.

Il est en outre probable que pendant la crise qui eut lieu à Buxton, l'organe a contracté une inflammation adhésive qui l'a fixé aux parties environnantes et qu'il est maintenant fixé à jamais dans cette nouvelle position.

La malade fut pourvue d'un bandage approprié et reçut le conseil d'éviter avec soin tout exercice violent.

D'après une communication de M. Hare, en date du 15 avril 1872, j'apprends que Mrs P. souffrit très-peu depuis notre visite de 1869. Elle a porté la ceinture abdominale pendant deux ans et l'a abandonnée depuis.

Le seul temps où elle ressente encore une douleur pénible dans la région du rein mobile, c'est l'époque des règles; environ deux jours avant leur apparition le rein augmente de volume et devient sensible au toucher. Si elle cesse tout exercice, il ne lui en advient aucun inconvénient; si elle persiste, au contraire, le rein devient le siége des fortes douleurs; mais ordinairement

elle peut sortir en voiture et même danser sans inconvénients. Le rein occupe toujours la même position qu'en 1869.

Obs. VII. — Mobilité du rein droit, traumatisme.

M. D..., âgé de 45 ans, me consulta en juillet 1870. Il raconta que deux ans avant, il était tombé le côté gauche sur la glace, et que depuis il avait toujours ressenti une douleur et un tiraillement du côté du rein droit et dans le voisinage du côlon ascendant, avec irritation intestinale et amaigrissement.

Cependant l'exercice modéré ne lui causait pas de grandes souffrances et les douleurs disparaissaient par le simple repos au lit.

Il avait deux ou trois selles liquides chaque jour. Tous les traitements employés avaient échoué.

En examinant l'abdomen, je trouve une tumeur ovale, de la forme et du volume du rein, couchée sur le bord du bassin aux environs du cæcum; une forte pression des doigts la faisait glisser vers le haut, une petite douleur accompagnait cette manœuvre.

En examinant les lombes, on constatait facilement un vide dans la région rénale droite. Il n'était pas douteux que ce ne fût le rein droit descendu, d'une distance à peu près égale à sa longueur, dans la fosse iliaque.

On enseigna au malade à refouler sa tumeur vers le haut, pendant qu'il était dans son lit, et à appliquer un bandage en ceinture avec une plaque à l'endroit de l'organe déplacé.

L'effet du traitement fut immédiat, la diarrhée cessa entièrement, la douleur et les tiraillements le tourmentèrent à peine.

Je vis ce gentleman quelque temps après, il avait une ceinture de cuir avec une plaque faite exprès pour lui et qui maintenait à peu près l'organe en position. Tant qu'il porta la ceinture les intestins restèrent indolents et les douleurs furent insignifiantes, mais s'il lui arrivait de la quitter, les anciens symptômes paraissaient aussitôt.

Je dois à l'obligeance de M. le Dr Ritchie les deux observations suivantes : l'une montre le rein devenu mobile à la suite d'une chute sur les lombes, et l'autre met en évidence la coïncidence de la congestion et de la tuméfaction des reins, avec le flux cataménial (note de M. Roberts).

Obs. VIII. — M. J..., âgé de 25 ans, réclame mes soins le 24 juillet 1871. Il m'informe que, une quinzaine environ avant de me consulter, courant précipitament dans un escalier, son pied avait glissé sur le bord d'une marche et qu'il était tombé en arrière, toute la violence du choc portant sur la région lombaire droite. Depuis cet accident, jusqu'au moment de ma visite il a souffert constamment, et sur l'avis d'un homme de l'art, il avait considéré l'affection comme un lombago ; il avait employé en frictions consciencieuses toutes sortes de liniments dont l'effet fut d'aggraver et non d'alléger sa peine.

Il avait toutes les apparences d'une santé robuste, à part l'inconvénient pour lequel il me consultait. Il se plaignait d'une sensation de tiraillement continuel dans le ventre. Pendant la station et la marche, il se dévoloppait une douleur poignante dans la région lombaire et le ventre. Deux fois après une station prolongée il fut subitement pris d'une douleur violente gagnant la cuisse droite et qui le faisait souffrir au point de l'empêcher de vaquer à ses affaires.

En examinant l'abdomen, je trouvai dans l'hypochondre droit une tumeur dure et polie, entièrement distincte du foie, manifestement mobile et à contours régulièrement arrondis. Le maniement de la tumeur ne provoquait pas de douleur manifeste, mais donnait plutôt une sensation de malaise.

Le malade couché sur le dos, la tumeur pouvait être aperçue pendant les inspirations profondes; elle semblait alors sortir de dessous les côtes et y remonter au moment de l'expiration, cela se voyait encore mieux lorsque le malade, couché sur le dos, s'inclinait légèrement sur le côté gauche. A la percussion, la tumeur présentait un peu de matité; il y avait de fortes pulsa-

tions aortiques s'étendant de l'épigastre à environ 1 pouce au-dessous de l'ombilic. Le malade affirmait ne l'avoir jamais observé avant son accident et cela lui devenait très-incommode lorsqu'il était constipé.

A l'examen des régions lombaires le côté droit est flasque et vide en comparaison du côté gauche. A la percussion la matité et la résistance rénales conservées à gauche manquent à droite et sont remplacées par un son tympanique. Pas de troubles dans les fonctions urinaires.

Un épais bandage de flanelle fut solidement maintenu enroulé autour du ventre jusqu'à ce que le malade eût éprouvé du soulagement et eût vu disparaître les tiraillements douloureux dont il se plaignait.

Ceci, joint à une soigneuse observation de la liberté intestinale, me parut les seules indications à remplir; car, à une visite suivante, une semaine après, il m'assura que sa santé re rétablissait et que la douleur avait disparu depuis l'application de son bandage.

Obs. IX. — Mme K..., âgée de 17 ans, vient, à bout de patience, me consulter au dispensaire d'Hulme, le 8 août 1871. Elle était maigre et anémique, réglée régulièrement mais avec profusion. Elle me dit que sa santé avait toujours été passable jusqu'à environ six semaines avant de venir me voir; quand elle reconnut dans le côté droit de son ventre une tumeur un peu au-dessous des côtes et de fortes pulsations au creux de l'estomac. Depuis lors les fonctions intestinales ont été irrégulières, tantôt elle était relâchée, tantôt constipée; les pulsations augmentaient pendant la constipation et la période cataméniale; alors aussi la tumeur augmentait de volume.

Elle affirme n'avoir jamais mis de vêtements trop serrés et n'avoir jamais reçu de contusions, qu'elle n'a pas fait de chute ni d'efforts éxagérés qui pussent passer pour la cause probable de cette tumeur.

En examinant la malade debout, on trouve du côté droit, logée sous les côtes, une tumeur dure et polie paraissant environ de la grosseur du poing fermé. Son bord inférieur est situé à un

pouce et demi en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, elle est mobile à une certaine distance dans toutes les directions de l'abdomen, mais la plus grande mobilité est dans la direction de la place normale du rein.

Lorsque la malade est sur le dos l'extrémité inférieure de la tumeur apparaît juste sous les côtes, elle descend beaucoup plus bas dans les grandes inspirations. Elle est sensible au toucher et les manœuvres de l'examen déterminent des nausées qui durèrent, au dire de la malade, deux heures après mon départ. La percussion des régions lombaires ne donnait pas de différences notables. Il y avait de fortes pulsations de l'aorte abdominale que l'on sentait très-distinctement à cause de la maigreur des parois, quelque peu à droite de la ligne médiane; le cœur et les poumons paraissaient sains; il n'y avait d'autre trouble des fonctions urinaires qu'une légère cuisson au moment de la miction et qui pouvait venir d'une gonorrhée contractée peu de jours avant.

La malade demeura soumise à mon observation pendant dix semaines avec un épais bandage de flanelle roulé autour du ventre. Après la guérison de la gonorrhée et de la cuisson uréthrale, elle fut soumise à l'huile de foie de morue et aux toniques ferrugineux. On reconnut la nécessité d'observer la tumeur aux époques menstruelles; car pendant ce temps elle augmentait de volume d'une bonne moitié, elle était beaucoup plus sensible au toucher, les pulsations aortiques étaient plus fortes et plus intenses que dans les intervalles.

L'observation suivante est due à K. H. Ferber de Hambourg (Zur Pathologie der beweglichen niere. Archiv. f. path. Anat., vol. I p. 95. Berlin, 1871). Elle nous a paru intéressante à cause de la difficulté du diagnostic, les complications et la durée des accidents.

Obs. X. — Déplacement du rein droit. Diagnostic difficile. Pyélite (1).

Bernard T..., 16 ans, cordonnier, né de parents bien portants et dans l'aisance, n'a jamais fait de maladie, il est bien développé pour son âge.

Il tomba malade le 4 septembre 1868. Douleurs aiguës de l'abdomen, sensation de cuisson dans le canal en urinant. Après un mieux de huit jours, aggravation des symptômes; forcé de s'aliter il n'arrive à dormir que couché sur le côté droit. La marche très-pénible, ne peut s'effectuer que le corps plié en deux.

Toutes les deux heures, jour et nuit, besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire que sur un bassin, efforts qui ne donnent passage qu'à quelques gouttes d'urines de couleur très-foncée, de mauvaise odeur, et brûlante au passage. Douleur très-forte à l'extrémité du gland.

Parler, tousser, soupirer, déterminent de vives douleurs à droite, profondément sous le foie.

Fin de novembre, confié à mes soins, l'examen reste sans résultat; le malade est pâle, très-amaigri et de mauvaise apparence; l'urine est abondante et chargée de sédiments. Diagnostic impossible; l'hyperesthésie générale et les sensations anormales dans le canal me firent penser aux suites d'une masturbation extravagante et prolongée; on ne put rien tirer du malade à ce sujet.

A la suite d'un peu d'exercice dans la chambre, il devint possible quelques jours après de reconnaître dans l'abdomen la présence d'un rein mobile.

A force d'interrogations le malade finit par se rappeler que fin mai, il était tombé en se renversant à la barre fixe, le dos portant sur un sol dur, il fut pris d'une grande sueur et sentit un vif besoin d'aller à la selle, mais sans succès. Il se rétablit rapidement et n'attacha que peu d'importance à cette chute. Quinze jours après il sentit en se redressant une vive douleur à la région rénale, il se rappela ensuite que dans le cours de sa maladie il avait eu des douleurs très-vives accompagnées de vomissements.

Le 29 novembre 1868, à la région lombaire abdominale

(1) Je dois la traduction de cette observation à l'obligeance de mon ami G. Kuhff.

gauche, immédiatement sous la paroi abdominale et au devant de l'intestin, on trouve une tumeur ayant la forme du rein; sa surface présente une résistance élastique, le hile est dirigé en haut, le bord convexe repose sur le ligament de Poupart; le toucher est très-douloureux.

Le malade se plaint toujours de douleurs dans le canal et le méat. Urine claire et acide.

4 décembre. Le malade est moins bien, abattu, sommeil interrompu; les urines laiteuses charrient du pus. Il ressent des douleurs au même point qu'au début; la défécation est lente et difficile, avec une sensation d'obstacle dans le rectum. Horripilation pendant l'évacuation. Il se déclare une pyélite, traitée par l'acétate de plomb, 0,06 centigrammes trois fois par jour. Bains de mer chauds, sang de bœuf frais pour soutenir les forces.

Le 7. Quelques grumeaux de pus et de globules agglomérés, suivent les mictions. Urine chargée de pus. Douleurs térébrantes à droite sous les fausses côtes.

Le 10. Sommeil meilleur, mais les douleurs continuent.

Le 15. Le rein est situé plus profondément dans le bassin, le hile tourné en haut vers les parois abdominales. Il paraît fixé dans cette position et la pression provoque une douleur vers le méat.

Debout le malade est pris de violentes et subites envies d'uriner, mais il y a encore des caillots; l'attitude est toujours courbée.

10 janvier. Le malade a pris en tout 4 gr. 8 d'acétate de plomb. On suspend le médicament. Le malade se tient debout, il marche, il a repris un peu d'embonpoint et des couleurs, il est plus gai.

D'ailleurs il ne reste plus qu'un peu de sensibilité à la hauteur de l'épine illiaque antérieure et supérieure; l'urine contient encore du pus et un abondant sédiment rose. Les douleurs dans le canal sont moindres, la défécation s'effectue sans difficulté.

24 janvier. Vertiges depuis quelques jours, lorsque le malade se tient debout; bon appétit, il peut travailler, mais par instants, tiraillement à gauche dans l'abdomen, le méat est encore obstrué pendant la miction et l'urine contient encore du pus.

Le rein a tout à fait disparu. Prescription d'une ceinture en forme de caleçon de bain avec échancrures pour l'anus et les parties génitales.

17 février. Travail sans inconvénient, dans la marche rapide,

sueurs profuses et points de côté à gauche, douleurs rares dans le canal, sommeil non interrompu, l'urine ne contient que très-peu de pus et de sédiment.

15 juin 1869. Le malade se porte bien sans interruption. L'urine claire contient des petits points rougeâtres, visibles à l'œil nu, nombreux, que le microscope fait reconnaître pour des cristaux d'urée enveloppés de mucus. Rien à désirer comme nutrition et comme aspect, il exerce sa profession presque sans dérangement, depuis un an il ne se plaint plus, il peut danser et courir sans inconvénients.

Le 23 juin 1870. La percussion donne a gauche (région rénale) un son plus mat qu'à droite. Les parois abdominales trop tendues ne permettent pas la palpation; mais on peut cependant atteindre le bord du rein gauche dont la pression détermine un sentiment de pesanteur dans les bourses. A droite pas de dépression bien marquée à noter.

Dans ce cas le diagnostic rempli de difficultés n'a pu être fait qu'au bout de trois mois. Le symptôme le plus marqué au début a été l'amaigrissement considérable à la suite des troubles de la nutrition. Il est à remarquer que cette émaciation ne fut pas le résultat de la pyélite puisque celle-ci ne survint que trois mois après le début de la maladie, six mois après l'accident et que c'est à partir de son apparition que le mieux se fit sentir.

Le malade travaillait déjà que la pyélite durait encore. En somme, la durée de la migration fut de huit à neuf mois à dater de la chute du sujet; la durée des symptômes et l'incapacité de travail ne furent que de quatre mois.

Ferber émet en outre l'opinion que chez les jeunes sujets, l'adhérence du rein dans un point anormal s'opère plus facilement que chez les personnes plus avancées en âge. Je ne crois pas que l'expérience vienne jamais confirmer cette opinion, et rien ne fait prévoir

qu'il en puisse être ainsi ; car si le sujet de Ferber n'avait que 16 ans, nous avons vu dans beaucoup d'autres observations l'adhérence survenir chez des sujets bien plus âgés.

Le Dr Priestley, dans le *Medical Times and Gazette* (1857, vol. I, p. 262), émet l'opinion que des cas de fausses grossesses arrivés à sa connaissance, étaient dus à des reins mobiles ; cependant il ne rapporte aucun cas confirmant cette manière de voir. Nous ne croyons pas à la possibilité fréquente de cette erreur de diagnostic, mais nous citerons cependant une observation de ce genre rapportée par E.-E. Day (1).

Obs. XI. — Mrs W..., âgée de 37 ans, se présenta à King's College hospital, le 3 juin 1864, avec les antécédents suivants : Elle était mariée et avait eu un enfant cinq ans auparavant ; depuis ce temps elle avait été réglée régulièrement jusqu'en septembre dernier, époque à laquelle elle éprouva une grande frayeur causée par la chute du plafond de sa chambre.

A la suite de cet accident les règles manquèrent deux fois, elle les vit avec surprise reparaître à la troisième époque, et persista à se croire enceinte malgré leur retour régulier depuis cette époque, elle prétendit même avoir senti les mouvements de l'enfant. Enfin, les neuf mois ayant passé sans amener de changement dans son état, elle vint me consulter pour connaître mon opinion.

A l'inspection de l'abdomen, je trouvai du tympanisme et pas de traces de tumeur utérine ; mais dans la fosse illiaque droite, je sentis une tumeur fuyant au plus léger contact de la main et qu'à un examen plus attentif je reconnus être le rein droit. Le hile était facilement perceptible et le rein pouvait être déplacé de 3 à 4 pouces au-dessus de sa position actuelle. Le rein gauche était également mobile, mais moins bas que l'autre. Il était

(1) E. Day. Edinb. med. Journal, décembre 1864, vol. X, part. I, p. 553.

situé juste au-dessous du rebord des fausses côtes, et mobile dans un espace de 2 à 3 pouces. Les mouvements attribués au fœtus étaient probablement dus aux déplacements des reins.

Pour confirmer mon diagnostic, je la fis entrer à l'hôpital, dans le service du Dr G. Johnson, qui se rangea à mon opinion.

ÉTIOLOGIE.

En résumé, les principales causes de la mobilité des reins qui ressortent clairement de ces observations sont de deux ordres : les causes prédisposantes et les causes efficientes ou occasionnelles.

Parmi les causes prédisposantes de l'ectopie rénale mobile, les principales sont : le relâchement des parois abdominales tel qu'il se produit sous l'influence de la grossesse ; la ceinture formée par les muscles abdominaux a perdu sa tonicité, elle ne peut plus maintenir les viscères fortement appliqués contre la région lombaire ni par là même opposer aux mouvements des reins la barrière à la fois élastique et résistante qui les avait maintenus jusque-là.

Cette prédisposition augmente sensiblement après chaque grossesse nouvelle, et il n'est pas étonnant que les femmes qui ont eu plusieurs enfants soient en si grand nombre parmi les sujets qui ont fourni les nombreuses observations que la science possède sur ce point. Il est évident, d'ailleurs, qu'il en est de même pour toutes les causes qui provoquent une forte ditension momentanée des parois abdominales; notamment certaines ascites.

La chloro-anémie, qui rend les tissus atoniques et lâches, peut également être considérée comme prédis-

posante, d'autant plus qu'elle accompagne très-fréquemment la mobilité des reins.

L'hystérie a semblé une cause importante à M. Guéneau de Mussy, parce que, dit-il, chez les hystériques, les fonctions utérines ont un profond retentissement sur l'organisme, et c'est surtout chez des hystériques qu'il a observé la congestion rénale et les crises douloureuses accompagnées de troubles gastriques, vomissements et névralgies. Ce savant maître insiste également dans ses leçons sur la coïncidence de l'arthritisme et l'hypochondrie avec l'ectopie mobile du rein.

La plupart des sujets soumis à son observation étaient des goutteux hypochondriaques dont les urines étaient chargés de sables uriques et dont quelques-uns étaient sujets aux coliques néphrétiques et même à l'hématurie.

L'hydronéphrose, rentre dans le même cadre, de même que toutes les causes qui sont capables de provoquer la congestion ou l'augmentation de volume de la glande rénale.

Vient ensuite la compression du foie par l'usage du corset, des vêtements et en général toutes les manœuvres qui ont pour but d'amincir la taille. M. Cruveilhier a constaté que le foie change de forme et s'allonge sous ces influences pour se réfugier vers la fosse iliaque droite. Il en est de même toutes les fois que des congestions viennent augmenter le volume de cet organe, et si l'on se rappelle que le rein droit est déjà situé un peu plus bas que l'autre, on comprendra facilement pourquoi la mobilité s'observe bien plus souvent à droite qu'à gauche.

Enfin il faut remarquer que dans la plupart des cas de grossesse, l'utérus gravide se loge de préférence dans l'hypochondre droit ; sa présence peut-elle déranger les rapports habituels du rein droit et le laisser moins fixe au moment du retrait? M. Gueneau de Mussy, qui a émis cette idée, cite un cas de mobilité du rein droit survenu immédiatement après les couches.

En terminant cette longue énumération, n'oublions pas que l'amaigrissement considérable a été bien souvent noté dans les observations de reins mobiles et a paru tantôt le résultat des troubles digestifs provoqués par la mobilité du rein, tantôt la cause de cette mobilité; particulièrement dans les cas de phthisie que nous avons cités parmi nos observations.

Quant aux causes occasionnelles ou efficientes, elles sont nombreuses et variées et il serait difficile de les énumérer ou de les prévoir toutes. Nous citerons les principales ou du moins les plus fréquentes.

Les traumatismes de toutes sortes y entrent pour une large part : les chutes, les contusions et les exercices violents ont été souvent notés comme point de départ des accidents. Tantôt c'est une chute de cheval (observation d'Hénoch), tantôt une chute dans un escalier; d'autres fois c'est un effort pour soulever un fardeau ou comme dans le cas observé par Becquet, l'exercice du cheval chez une jeune fille mal réglée à qui son médecin avait conseillé l'équitation.

Puis nous avons vu, dans certains cas, les causes les plus banales agir pour déterminer un accident près de se produire, comme chez les phthisiques dont l'amaigrissement a résorbé en partie le coussin graisseux qui

soutient et protége les reins, la mobilité s'est produite à propos d'une quinte de toux violente et prolongée; enfin une cause que l'on peut encore citer parmi les plus fréquentes, le retour périodique de la congestion rénale provoquée chez certaines femmes par le retentissement inflammatoire du flux menstruel sur les organes voisins.

SIGNES ET DIAGNOSTIC.

Comme on a pu le remarquer dans les observations qui précèdent, les troubles fonctionnels occasionnés par cette affection sont fréquents, de nature variable et en même temps peu significatifs, excepté au moment des crises qu'elle provoque. C'est un sentiment de pesanteur, de gêne dans l'hypochondre du côté affecté; les cas plus graves s'accompagnent de troubles digestifs, de tiraillements, de battements épigastriques et quelquefois de névralgies, ou pour mieux dire de douleurs qui par leur siége et leur transmission de proche en proche, simulent des névralgies.

Les malades sont exposés à tomber dans l'hypochondrie, surtout lorsqu'ils ont découvert dans leur abdomen la présence d'une tumeur dont trop souvent le médecin ne reconnaît pas la nature. Témoin les deux médecins cités par Rayer, qui ignorant la nature de leur mal étaient tombés dans un profond découragement; l'un d'eux, effrayé de ce qu'il prenait pour une lésion organique, avait cessé momentanément l'exercice de sa profession.

Mais ce ne sont pas les seuls inconvéniens des er-

reurs de diagnostic, car elles ont pour résultat ordinaire de faire recourir à des traitements inefficaces et même douloureux ou nuisibles... pommades fondantes de toutes sortes, sangsues, vésicatoires, moxas, etc. Trousseau parle d'une malade dont le ventre était sillonné de cicatrices de sangsues et de ventouses scarifiées qui l'affaiblissaient sans la guérir.

M. Cruveilhier a vu le rein droit déplacé, traité pour une *production morbide* ou pour *une obstruction du foie*. Souvent aussi les douleurs provoquées par la compression et les tiraillements exercés par le rein sur les nerfs du plexus lombaire (Rayer), d'autant plus facilement que dans ces cas, la douleur s'irradiant se propageait à la cuisse.

Souvent au début, il ne s'agit que d'une simple congestion de l'organe, le rein n'est pas encore sorti complètement de sa place et sa congestion ne donne lieu qu'à des douleurs vagues et à une pesanteur vers la région lombaire qui se confond chez les femmes avec les prodromes du flux menstruel, d'autant plus aisément que ces accidents coïncident fréquemment avec ce phénomène physiologique.

Plus tard, lorsque par suite des progrès du mal et la répétition des troubles circulatoires, le rein se trouve tout à fait expulsé de sa loge, sa position déclive favorisant l'afflux et la stase du sang peut provoquer des accidents plus sérieux que l'on ne saurait plus mettre sur le compte de la fonction utérine. Chez certaines malades ces symptômes ont pu par leur violence faire croire à une péritonite, on a vu survenir des nausées, le ventre se ballonner et les douleurs devenir intolé-

rables. La malade est alors forcée de garder le lit jusqu'à ce que le repos et souvent l'apparition des règles viennent calmer rapidement des symptômes alarmants.

Quelquefois aussi, survient une péritonite partielle, rarement grave, qui détermine l'adhérence de la glande aux viscères qui l'entourent, plus particulièrement au foie. Adhérence qui devient indestructible et qui a pu faire croire à une tumeur de la face inférieure du foie ou à un calcul de la vésicule biliaire. Cette adhérence paraît être avantageuse dans beaucoup de cas, sans que l'on puisse toutefois la considérer comme un mode de guérison, car les accidents sont quelquefois diminués mais jamais supprimés complètement par ce fait.

On a confondu également ces crises à débuts brusques et violents avec des accès de coliques nephrétiques.

Pour éviter ces erreurs, on remarquera, quant aux tumeurs abdominales, que le rein déplacé est très-mobile, qu'il a un volume et une forme qui n'appartiennent qu'à lui et que si l'on appuie fortement sur la tumeur elle donne au malade la même sensation que celle que l'on produit par la même pression sur l'autre rein. Le diagnostic ne présente de réelles difficultés que lorsque le rein a cessé d'être mobile et qu'il s'est fixé, par exemple, à la face inférieure du foie. Là on pourrait le prendre pour une tumeur de cet organe; mais à la palpation on pourra sentir un intervalle entre les deux, et la percussion dénotera aussi le vide d'un sillon plus ou moins grand, mais généralement facile à apprécier.

Enfin si on conserve quelque doute sur la nature de

la tumeur, il faut explorer la région lombaire correspondante et constater l'absence ou la présence du rein à sa place naturelle, ce qui ne peut manquer d'éclairer complètement le diagnostic. Si le rein est sorti de sa loge, la région lombaire apparaîtra même à l'œil un peu déprimée ; elle se montrera plus flasque et moins remplie à la palpation ; enfin à la percussion elle donnera un son plus tympanique que la région opposée où l'on trouvera une matité notable et de forme caractéristique ; le son du côté affecté sera quelquefois très-tympanique parce que le rein peut y être remplacé par une anse intestinale remplie de gaz.

Quelquefois le rein déplacé apparaît tellement près des parois abdominales que l'on pourrait penser à une tumeur de ces parois. Mais on remarquera avec un peu d'attention que les efforts musculaires de l'abdomen fixent et rendent plus saillante la tumeur des parois et que d'ailleurs le rein serait mobile, facile à déplacer et que situé si peu profondément sa forme et son volume seraient facilement reconnus. De plus on remarquera que la position où l'on rencontre le plus fréquemment la glande déplacée est l'espace compris entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic.

Quant aux coliques néphrétiques, l'absence de troubles des fonctions urinaires en feront prompte justice, et quant aux névralgies lombaires que pourraient simuler les tiraillements du plexus nerveux par le rein flottant, on remontera à la source par l'examen direct de l'abdomen.

Je ne vois pas d'autres écueils importants à signaler dans e diagnostic différentiel de cette affection ; mais

voici d'ailleurs la manière de procéder au diagnostic d'une façon rationnelle et certaine.

On fera coucher le malade sur le dos, les jambes et les cuisses demi-fléchies sur le tronc pour obtenir le plus complet relâchement possible des muscles abdominaux. Le corps devra être légèrement incliné vers le côté sain, de manière que le côté à examiner soit un peu soulevé. On glissera ensuite la main gauche sous la région lombaire à explorer, et cette main, appliquée bien à plat, soutiendra doucement et complètement toute la région rénale. Pendant ce temps, la main droite, par des manœuvres lentes, douces et patientes, ira à la recherche de la tumeur abdominale et s'efforcera de l'amener entre les deux mains. Si cette tumeur est le rein, on arrivera facilement à la saisir, pour ainsi dire, entre les doigts, et l'on pourra ainsi en reconnaître la forme et le volume et même dans beaucoup de cas, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, à le remettre presque en place.

Souvent la simple palpation de l'abdomen amène la découverte sous le rebord des fausses côtes d'une tumeur, ferme, dure, lisse et arrondie, fuyant profondément sous le foie à la pression de la main. C'est l'extrémité inférieure du rein déplacé. Pour le rendre plus manifeste, on recommandera au malade de faire une expiration prolongée, et on sentira alors la tumeur, pour ainsi dire, surgir et trahir complètement la forme.

Quelquefois appelé par un malade qui a reconnu la présence d'une tumeur douloureuse dans son abdomen, le médecin ne trouvera plus à son arrivée la tumeur

signalée par le malade. Ceci tient à ce qu'elle a déjà presque regagné sa place normale, comme cela arrive surtout lors de premiers accidents, au début de la maladie. Mais si l'on vient à explorer l'hypochondre, on trouvera situé profondément, sensiblement à sa place le rein seulement augmenté de volume, congestionné et plus sensible au toucher que celui du côté opposé.

Il faut remarquer que cette exploration de l'abdomen, très-facile chez les sujets d'un certain âge, amaigris ou anémiques, chez les femmes qui ont eu des enfants, devient beaucoup plus délicate chez les sujets jeunes et vigoureux dont les parois abdominales sont encore fermes et résistantes à la palpation. Cependant avec de la patience et un peu d'adresse le diagnostic est toujours possible ; notons d'ailleurs que ces derniers sujets y sont de tous les moins exposés.

PRONOSTIC.

Cette affection n'est sans doute pas grave par elle-même, mais elle peut devenir, pour beaucoup de personnes, la source d'ennuis et de souffrances intermittentes qui se renouvellent plus ou moins fréquemment.

Nous avons vu, par les observations de quelques auteurs, que beaucoup de personnes n'en ressentent aucun inconvénient et peuvent même vivre fort longtemps inconscientes de leur maladie et des dangers qui les menacent.

Chez quelques-uns les crises passagères amènent des troubles gastriques, des battements aortiques re-

tentissants à l'épigastre, de la diarrhée, des vomissements, pleuralgies, etc. Beaucoup deviennent hypochondriaques, surtout lorsqu'ils ignorent la nature de la tumeur qu'ils portent.

En somme, nous ne connaissons aucun exemple d'ectopie mobile des reins capable de justifier le sombre pronostic de Riolan dont nous avons rapporté l'opinion au début de cette étude. C'est plutôt une infirmité incommode qu'une maladie périlleuse.

Chez les femmes, l'époque de la ménopause paraît en diminuer les inconvénients, sans toutefois faire disparaître la maladie.

TRAITEMENT.

Il est malheureusement facile de prévoir qu'il est audessus de nos ressources curatives, et nous ne pouvons encore que constater notre impuissance devant cette affection; mais s'il est inutile de songer à la guérison, il est néanmoins en notre pouvoir d'alléger les souffrances des victimes atteintes de cette maladie.

Becquet, il est vrai, mentionne un cas de guérison à la suite de deux grossesses successives, mais en même temps il fait remarquer que l'époque de la ménopause était arrivée, et que c'est probablement à cette circonstance que cette femme dut la guérison et le repos qui suivirent cette époque.

Voici quelques règles de conduite dictées par l'expérience dans les différentes phases de cette maladie.

Aux crises douloureuses, on opposera le repos au

lit, les cataplasmes laudanisés en application sur l'abdomen, et tous les calmants.

Le plus souvent ces simples moyens réussiront à calmer la crise ; mais, chez certains malades, une application de sangsues pourra être très-utile, quoique, en général, nous pensions que l'on doive toujours s'en tenir à des moyens très-simples, en attendant que le repos absolu fasse disparaître un état provoqué par un excès de fatigue, un traumatisme ou un effort trop considérable.

Si une maladie propre aux reins paraissait être le point de départ de ces accidents, il est évident qu'il faudrait avant tout lui opposer un traitement approprié.

Lorsque par des soins suivis, on aura fait disparaître l'état aigu, on devra faire son possible pour éviter le retour d'une nouvelle crise. Dans ce but, la plupart des médecins ont eu recours à toutes sortes de moyens contentifs dont ils n'ont eu qu'à se louer.

Une ceinture de caoutchouc tissée, large, ayant à peu près la forme des ceintures hypogastriques ordinaires, mais armée d'une plaque légèrement concave adaptée à la forme, à la situation et au volume du rein, servira à la fois de soutien et de protection pour la glande. Cette ceinture remplira parfaitement l'indication principale, qui est d'éviter les chocs et les balottements qui peuvent provoquer la congestion de l'organe déplacé.

Dans plusieurs circonstances, les malades se sont bien trouvés de l'usage des eaux de Plombières, et de l'hydrothérapie pratiquée dans l'intervalle des crises

douloureuses. Il est évident, d'ailleurs, qu'il faut combattre non-seulement les maladies qui peuvent amener l'inflammation directe de la glande; mais qu'il faut encore, avec le plus grand soin, veiller à l'état général des malades qui sont souvent anémiques, hypochondriaques ou hystériques, etc., etc.

Ferber vante beaucoup le sang de bœuf frais comme reconstituant, les bains de mer chauds et l'usage de l'acétate de plomb, auquel il attribue la propriété de diminuer le pus dans la pyélite, et surtout de calmer les phénomènes réflexes qui surviennent du côté de lestomac et des intestins.

Il faut, en outre, veiller sur l'usage des corsets et des vêtements trop serrés. A ce propos, Trousseau rapporte l'exemple d'un garde national qui, ayant voulu maintenir son ventre dans un pantalon d'uniforme devenu trop étroit, fut pris de douleurs abdominales intolérables qui lui révélèrent l'existence d'une ectopie mobile du rein droit, qu'il avait porté jusque-là sans le savoir.

Les malades doivent se garder de tout exercice violent, tel que l'équitation, la danse, la marche prolongée, enfin, les fatigues de toutes sortes qui pourraient provoquer l'état aigu. Les femmes sujettes à ces attaques devront garder le repos au moment du flux menstruel; elles éviteront ainsi les accidents périodiques, dont les douleurs intenses peuvent avoir un retentissement fâcheux sur l'organisme entier et la santé générale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUTEURS FRANÇAIS.

RAYER. Maladies des reins, t. III, p. 783.
FRITZ. Archives générales de médecine, 1859.
BECQUET. Archives générales de médecine, 1865.
SCHIFF. Observation d'un cas de mobilité des deux reins. Presse médicale belge, nº 47, 1869.
GONTHIER. Sur un déplacement irréductible et douloureux du rein droit. Union médicale, p. 468, année 1869.
GUENEAU DE MUSSY. Union médicale, 1867.
TROUSSEAU. Cliniques de l'Hôtel-Dieu. 4e éd., 1873, t. III, p. 797.

AUTEURS ANGLAIS.

DURHAM. Guys hosp. reports, 1860, p. 404.
HARE. Medical Times and Gazet., 1865.
SAWYER. Floating-kidney. Birmingh. medic. review.
W. ROBERTS. Practical treatise on urinary and renal diseases. London, 1852, p. 597.
DRYDALE. Case of moveable kidney. The Lancet, 1866.
HESLOP. Case of moveable kidney. Brit. med. journal, 1869.
MAC-EWENS. Case of floatiny kidney. The Lancet, 1869.
IAGO. Moveables kidneys. Medical Times and Gazet., sept. 1872.
DAY. Edimb. med Journal. Décembre 1864, vol. X, part. I, p. 153.

AUTEURS ALLEMANDS.

ROSENSTEIN. Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten. Berlin, 1870.
OPPOLZER. Wien. med. Wochenschrift, 1853.
HENOCH. Klinik der Unterleibskrankheiten.
BRAUN. Deutsche Klinik, 1863.
ROLLET. Pathologie und Therapie der beweglichen Niere. Erlangen, 1866.
DIETL. Wandernde Niere. Wien. med. Wochens. 1864.

Gilewsky. Uber Einklemmung der beweglichen Niere. Oest. Zeitschrift f. Heilk. 1865.

Mosler. Uber sogenannte Einklemmung beweglicher Niere. Berlin, Klin. Wochens. 1866.

Chroback. Uber den Zusammenhang zwischen Hysterie und Beweglichkeit der Nieren. Wien. med. chir. Rundschau, 1870.

Ehrle. Hæmaturie der beweglich. Niere. Berlin. Klin. Wochenss. 1866.

Thun. Uber bewegl. Niere. Inaug. Diss. Berlin, 1869.

Ferber. Zur Pathologie der bewegl Niere. Virchow's Archiv, 1871.

Vogel. Krankheiten der Harnbereitenden Organen. Erlangen, p. 706, 1865.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince. 3*